

ТРАНСРАДІАЛЬНИЙ ЧИ ТРАНСФЕМОРАЛЬНИЙ ВАРІАНТИ ДОСТУПУ В ЕНДОВАСКУЛЯРНІЙ ХІРУРГІЇ. ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ МЕТОДІВ

TRANSRADIAL OR TRANSFEMORAL ACCESS OPTIONS IN ENDOVASCULAR SURGERY. ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF METHOD

Hluschenko Y.M., Assist.Prof. Ryabushko R.M., M.D.

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"
Кафедра хірургії №1*

Актуальність: Судинні ускладнення при променевому доступі складають всього 1-2% від усіх випадків.

Мета роботи: провести порівняльний аналіз та зробити висновок, що до використання трансрадіального (ТР) та трансфеморального (ТФ) доступу при ендоваскулярних (ЕВ) втручаннях.

Матеріали та методи дослідження. За період 2016 року у відділенні інтервенційної радіології ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського було прооперовано 1013 пацієнтів яким було виконано 1543 різноманітні ендоваскулярні операції (ЕО). При ТФ доступі проводилася пункція загальної стегнової АР по методиці Сельдінгера (1953р.). В послідовному для закриття пункційного отвору (ПО) використовували метод притиснення стегнової АР до голівки стегнової кістки до припинення кровотечі із дефекту стінки АР, або використовували пристрої для закриття ПО (Angi-Seal). На прикінці накладали на місце пункції давлячу пов'язку терміном на 12 год та рекомендували дотримання суворого ліжкового режиму. При ТР доступі виконувалась пункція променевої АР, заведення інтродюсера, введення суміші для запобігання спазму судини (нітратів+верапаміл+платифілін). Після процедури на ПО накладалася давляча пов'язка терміном на 12 год та рекомендували суворий ліжковий режим терміном до 2 годин після ЕО. Перед оперативним втручанням всім хворим із ТР доступом виконувався «Allen-тест», для оцінки колатерального кровообігу. Для порівняння визначали частоту ускладнень, що виникали (кровотеча, гематома, псевдоаневризми(ПА)), швидкість оперативного втручання, частоту конверсій, дозу опромінення. Результати дослідження: Оперативні втручання 284 (28%) пацієнтам ТР, 729 (72%) хворим ТФ варіантом доступу. У хворих із групи із ТФ доступом частіше виникали ускладнення у вигляді ПА у 18 (2,5%) хворих, підшкірні гематоми – у 89 (12,2%), заочеревенна гематома у 1 (0,1%) пацієнта, тромбоз пунктової АР – не спостерігався. При ТР доступі ПА – не спостерігалися, підшкірні гематоми – у 3 (1,1%) хворого, тромбоз пунктової АР – у 37 (13%). Тривалість оперативного втручання при ТФ доступі склала 36 ± 7 хв, якщо взяти лише діагностичні ЕО то - $11 \pm 3,2$ хв. Відповідно при ТР - $49 \pm 7,2$ хв та $22 \pm 3,6$ хв. Доза опромінення, яку випромінював ангиограф за ЕО становила у групі із ТФ доступом – $22170,3 \pm 124,1$ μ Gy/m², а при діагностичних ЕО – $5871,4 \pm 84,8$ μ Gy/m². Відповідно у групі із ТР доступом – $35003,8 \pm 875,9$ μ Gy/m², а при діагностиках – $8018,8 \pm 101,1$ μ Gy/m². При ТР доступах у 11 пацієнтів були конверсії на ТФ доступ.

Висновок: 1. Виконання ТР доступу у ЕВ хірургії, є більш безпечнішим за ТФ для пацієнта, частота п/ш гематом у 10 разів менша, але зустрічається тромбоз променевої АР, що проходить безсимптомно.

2. При ТР доступі із за частого спазмування менших по діаметру АР руки, та більшої кількості анатомічних згинів АР погіршується керованість ЕВ інструментарія, що збільшує тривалість ЕО на 23% та відповідно підвищує дозу опромінення хворого та хірурга на 31%.

ЕНДОВАСКУЛЯРНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ КЛУБОВИХ АРТЕРІЙ

ENDOVASCULAR TREATMENT OF ILIAC ARTERIES ATHEROSCLEROTIC DISEASE

Bakumenko B. M., Assist. Prof. Ryabushko R.M., M.D.

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"
Кафедра хірургії №1*

Мета роботи. Вивчити роль ендоваскулярних втручань у відновленні кровотоку при атеросклеротичному ураженні дистальних відділів аорти

Матеріали та методи дослідження. У 2014 - 2016 роках у відділенні хірургії судин ПОКЛ ім. Скліфосовського 52 хворим виконано операції з приводу атеросклеротичного ураження клубових артерій (КА), із них 28 (54%) хворих – відкритим способом та 24 (46%) – за допомогою ендоваскулярних втручань. Серед пацієнтів чоловіків було 43 (82,7%), жінок – 9 (17,3%), їх середній вік становив $59 \pm 4,7$ років. Цукровий діабет II типу спостерігався у 7 (25%) пацієнтів, яким виконані відкриті оперативні втручання та у 9 (37,5%) – із групи ендоваскулярного лікування. У всіх хворих відмічалися явища хронічної ішемії нижніх кінцівок. 28 пацієнтам виконані наступні реконструктивні оперативні втручання: клубово-стегове в 22 (78,6 %) та клубово-глибокостегове алошунтування в 6 (11,5 %). 24 пацієнтам при стенозах більше 75% та оклюзіях КА виконано їх стентування. Ендоваскулярні втручання виконувалися під місцевою анестезією переважно при антеградній пункції загальної стегнової артерії «здорової» ноги, або ретроградній пункції – «ураженої» кінцівки, за допомогою гідрофільних провідників різного діаметра проходили оклюзію або ділянку стеноза артерії, в послідовному виконувалася балонна ангиопластика уражених сегментів, на місце пластики заводилися та встановлювали переважно балонорозширювані стенти. Місце пункції закривалося пристроєм Angi-Seal. Результати операції перевіряли ангиографією та проводили ультразвукове ангиосканування перед випискою із стаціонару. У післяопераційному періоді хворі постійно отримували дезагреганти. Результати дослідження. Після проведення відкритих оперативних втручань явища хронічної ішемії у ранньому післяопераційному періоді зменшилися у 41 (79%) хворого. Госпітальна летальність в групі відкритої хірургії 3,6%, у ендоваскулярній – летальних випадків на госпітальному етапі не було. Середній термін госпіталізації у I групі 13 днів, у II – 5 днів. У 1 (1,9%) хворого із II групи в післяопераційному було виконані аорто-стегове шунтування через інтраопераційну диссекцію інтими загальної клубової артерії. У 2 (3,8%) хворих із I групи спостерігалася кровотеча із ран у ранньому післяопераційному періоді. У 1 (1,9%) хворого із II групи виявлене утворення псевдоаневризми загальної стегнової артерії справа, яка на фоні проведення компресивної терапії була виключена із кровотоку.

Висновок. 1. Ендоваскулярні методи лікування даної патології судин тазу показані хворим із тяжкою супутньою патологією.

2. Ендоваскулярне лікування малотравматичне, ефективність досягається швидше, що проявляється у зменшенні післяопераційного ліжко-дня більше ніж у 2,5 рази і зменшенні п/о ускладнень у 2 рази.